3e Année. N° 2. 1er Février 1882.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXII

3e ANNÉE. N° 2. 1er FÉVRIER 1882.



REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE : **Travaux originaux.** — CLINIQUE DU Dr E.-J. MOURE : Des paralysies unilatérales dans le larynx, par A. DUCAU. — Fibro-sarcome implanté sur la région crico-aryténoïdienne droite postérieure, extraction avec l'anse galvanique ; guérison, par G. COUPARD. — Otologie, etc. (*suite*), par J. BARATOUX. — **Nouveaux appareils :** Appareil pneumothérapique pour le traitement des maladies des organes de la respiration, par le Dr BAYER. — **Revue Bibliographique** : Le furoncle de l'oreille et la furonculose, par le Dr B. LOWENBERG. — Le limaçon de l'ornithorynque à pied plat, comparé à celui des mammifères et des oiseaux, par le Dr URBAN PRITCHARD. — **Revue de la Presse.** — **Note de la Rédaction.**

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DU Dr E.-J. MOURE

Des paralysies unilatérales dans le larynx,

par A. DUCAU, chef de Clinique.

Après avoir rapporté plusieurs observations de paralysies isolées de certains muscles du larynx (1), nous croyons utile de signaler quelques exemples de paralysies unilatérales du même organe, offrant par eux-mêmes un certain intérêt, soit à cause de la difficulté d'expliquer leur mode de production, soit par leur peu de fréquence relative.

Les paralysies unilatérales, sans être aussi communes que

(1) Paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien. (*Revue mensuelle de Laryng.* etc. t. 1. p. 247, 1881.) Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs d'origine nerveuse. (*Revue mens.*, t. 1, p. 333).

les paralysies bilatérales (constricteurs), sont cependant loin d'être rares, et tous les praticiens habitués au maniement du laryngoscope ont eu l'occasion d'en observer plusieurs cas.

Etiologie. — Depuis longtemps déjà l'on a étudié et décrit avec soin la plupart des causes susceptibles de troubler les mouvements de l'un des rubans vocaux.

Les anévrysmes de l'aorte, et surtout ceux de la crosse aortique embrassée par l'anse du récurrent gauche, ceux de l'artère innominée (un cas de Baeumler *Path. Trans.* London, p. 66) (1), ou plus rarement ceux du tronc brachio-céphalique et des carotides, les adénopathies que l'on peut rencontrer sur tous les points du trajet des nerfs récurrents, peuvent, en comprimant ces derniers, produire ce genre de névroses. D'un autre côté, on peut voir une hypertrophie, ou une tumeur du corps thyroïde et même de l'œsophage (cancer), déterminer par un mécanisme analogue une lésion semblable. Il est également facile de comprendre qu'une tumeur quelconque (gomme, névrome, ostéome, etc.), comprimant l'un des récurrents, produira une paralysie de la corde qu'innerve ce dernier. L'induration pulmonaire entraîne aussi quelquefois la même conséquence, et, comme le récurrent droit passe sous la sous-clavière de ce côté se trouvant sur un plan inférieur à celui de la crosse aortique, ce nerf est ainsi en rapport plus immédiat avec le sommet du poumon, et par suite les paralysies unilatérales droites ont été plus communément observées, lorsque la *cause de la compression est dans le poumon.*

D'autres fois, la paralysie peut être le résultat d'une section du récurrent, soit par accident (2), soit par maladresse

(1) Cité par Solis Cohen. *Diseases of the Throat and nasal Passages,* 1879.

(2) M. Georges Lefferts a rapporté un fait de ce genre observé récemment (*Améric. Journ. of med. scienc.*, juillet 1880) :

Le 5 janvier 1881, la malade, une Allemande, âgée de quarante-sept ans, était tranquillement couchée dans son lit sur le côté gauche, lorsque son mari ivre s'approcha d'elle et la frappa au cou avec une paire de ciseaux effilés. La femme essaya de se retourner et de se lever, mais elle reçut un second coup au niveau de la partie inférieure de la joue. Elle essaya alors de crier pour appeler du secours, mais ce fut en vain.

Le 5 avril, l'auteur consulté sur la cause de cette aphonie, constata l'existence d'une longue cicatrice irrégulière au niveau de la joue droite, cicatrice située à peu de distance de l'angle de la mâchoire, et une deuxième

de la part du chirurgien, comme dans le fait rapporté par M. le docteur Poyet (1) dans sa thèse inaugurale, ou celui plus récent de M. le docteur Walter Whitehead (Obs. III), semblent le faire supposer. Une fois, elle survint après l'œsophagotomie *(Guy's Hospit. Rep.*, 1858, p. 1217) et, d'autres fois, le nerf récurrent fut lié avec la carotide (2).

Enfin, M. Beverley Robinson (3) a fait connaître un cas d'atrophie de l'un des côtés de la face accompagnée de paralysie de l'adducteur droit. Il pensa à une simple coïncidence, quoique assez disposé à admettre, probablement à tort, une lésion du bulbe au niveau de l'origine du pneumogastrique et du spinal.

A ces causes locales s'en ajoutent d'autres qui, comme la diphthérie, sont le fait d'un processus primitivement localisé, et qui ne tarde pas à se généraliser, ou bien dépendent d'une influence qui, bien que s'exerçant sur tout l'organisme, se traduit de préférence en certains points, comme il arrive dans l'intoxication saturnine chronique.

Le docteur Morell-Mackensie (4) signale encore parmi les causes susceptibles de produire les paralysies unilatérales les intoxications chroniques par l'arsenic, le plomb, etc., l'impression du froid ou les affections cérébrales : « Sur 23 hémiplégiques que j'eus l'occasion d'examiner, grâce à l'obligeance du docteur Hughling's Jackson, dit cet auteur (5),

plus petite, résultant évidemment d'une plaie pénétrante (punctured wound), occupant le bord inférieur du sterno-mastoïdien au niveau du bord inférieur du cricoïde, du même côté que la première.

La malade aphone parlait simplement à voix basse et éprouvait un peu de dyspnée, surtout au moment des efforts. Le laryngoscope révéla une paralysie complète de tous les muscles du côté droit du larynx; la corde vocale de ce côté était dans la position cadavérique. La corde gauche se tend facilement et compense un peu le défaut d'action de sa congénère en dépassant la ligne médiane; au moment de l'adduction, le cartilage aryténoïde gauche passe au-devant de celui du côté opposé et détermine ainsi l'affrontement des rubans vocaux. La muqueuse a son aspect normal. L'auteur fait remarquer que l'affection est incurable, que sans l'examen laryngoscopique, on aurait pu songer à une aphonie due à la peur.

(1) Poyet. *Des paralysies du larynx.* (Obs. XXIII.) Paris, 1877.

(2) Cités par Solis Cohen, *loc. cit.*, p. 650.

(3) *N. Y. Méd. Rec.*, 31 décembre 1881, p. 756.

(4) *Hoarseness and Loss of Voice*, Londres, 1868, p. 17.

(5) *Loc. cit.*, p. 38. (Il s'agissait, dans ces cas, de paralysie des muscles abducteurs.)

je constatai 3 fois l'inaction de l'un des rubans vocaux, 2 fois du côté opposé à la paralysie, et 1 fois du même côté. »

Mais à côté des faits que l'on pourrait appeler classiques, on en observe d'autres, plus rares, il est vrai, mais dont la nature est plus difficile à déterminer et dont la cause nous échappe parfois. Voulant alors cacher notre ignorance sous des dehors scientifiques, nous avons pris l'habitude de désigner ces lésions sous le nom de « *paralysies idiopatiques* », et après avoir prononcé ce mot aussi creux que malsonnant, notre esprit est satisfait ; nous croyons avoir rempli notre tâche. Et cependant quelle thérapeutique peut découler d'un tel diagnostic !

Ici peut-être pourraient trouver leur place certaines paralysies diathésiques encore peu connues, admises par beaucoup d'auteurs, notamment par Mandl (1), qui semble toutefois faire des réserves à ce sujet, et dont on n'a rapporté qu'un nombre restreint d'observations. Nous voulons parler du rhumatisme et de la syphilis. Peut-être s'agirait-il dans ces cas d'une arthrite rhumatismale restée inaperçue, ou d'un trouble nerveux central encore peu marqué ? D'autre part, la paralysie syphilitique ne pourrait-elle pas être considérée comme le reliquat de lésions locales préexistantes et déjà guéries ? ou être due à des altérations des fibres nerveuses elles-mêmes? D'autres fois, aucune de ces deux diathèses ne peut être mise en jeu, et cependant on observe les symptômes d'une paralysie unilatérale, dont la cause réelle nous échappe. C'est dans ces cas qu'il appartient à des examens plus rigoureux et plus approfondis de trancher la question, et c'est surtout pour aider à la résoudre que nous avons résolu de publier les quelques faits qui accompagnent cet article.

Les causes que nous venons d'énumérer sont loin d'avoir toutes la même fréquence. M. le docteur Bosworth (2) considère l'anévrysme de la crosse aortique comme l'origine la plus ordinaire de la paralysie qui nous occupe. Sur 25 cas soumis à son observation :

6 étaient produits par un anévrysme;

(1) Mandl. *Traité des maladies du larynx*, p, 769, Paris, 1872.
(2) *Diseases of the throat and nose*, New-York 1881, p. 329.

4 par un *anévrysme probable;*
4 par des ganglions engorgés;
2 par un cancer de l'œsophage;
6 par la syphilis;
3 n'avaient pas de *cause saisissable.*

Cette statistique démontre en même temps que ce que l'on est convenu d'appeler des paralysies d'origine syphilitique, sont presque aussi communes que les névroses engendrées par une compression anévrysmale. Ce fait se trouve corroboré par les 14 exemples consignés dans le travail du docteur Poyet (1), où les causes de l'affection sont réparties de la façon suivante :

Syphilis	3 cas.
Diphthérie	2 —
Anévrysme de l'aorte	2 —
Adénopathie trachéo-bronchique	2 —
Adénopathie probable	1 —
Intoxication saturnine	1 —
Tumeur du corps thyroïde	1 —
Cancer de l'œsophage	1 —
Section du récurrent	1 —

Bien que quelques auteurs disent n'avoir jamais eu l'occasion d'observer de paralysies laryngiennes d'origine syphilitique, rapportant les parésies constatées pendant la période secondaire à l'hystérie, les faits signalés par des auteurs dignes de foi (Libermann, Gerardt et Roth, etc.,etc.), ne nous permettent pas de douter un seul instant de l'existence de ces névroses, dont nous trouvons du reste le parallèle dans d'autres organes.

Avant de nous étendre plus longuement sur le sujet qui nous occupe, nous allons rapporter quelques exemples destinés à montrer combien il peut être difficile dans certains cas d'expliquer une paralysie unilatérale constatée à l'aide du miroir laryngoscopique, ce dernier nous révélant le fait brutal, sans nous indiquer la manière dont il se produit.

(1) *Loc. cit.*

OBSERVATION I

Paralysie de la corde vocale gauche de cause inconnue.

Alexis N..., âgé de soixante et un ans, boursier, d'une bonne constitution, se présente à la clinique le 4 octobre 1881. Il se dit malade depuis quatre mois, date à laquelle il fut pris, dans l'espace d'une nuit, d'une extinction de voix qu'il garda une huitaine. Celle-ci disparut complétement en deux jours. Mais huit jours après, la voix redevenait voilée, et depuis ce moment, il ne parle plus qu'à voix basse.

Ses antécédents héréditaires nous apprennent que le père est mort asthmatique et la mère d'un ulcère cancéreux de l'utérus. Il n'a ni frère, ni sœur. Marié en 1841, il n'a point eu d'enfants.

Ses antécédents morbides se réduisent à des céphalalgies fréquentes dans son enfance, et depuis, à des névralgies faciales et à un nervosisme violent, que de sérieuses pertes pécuniaires et des malheurs domestiques n'étaient pas faits pour apaiser.

Il a encore été frappé d'un rhumatisme au cou-de-pied, mais il n'a pas eu la blennhorragie, et rien ne fait soupçonner chez lui l'existence de la syphilis. Sans faire aucun excès, il fume cependant beaucoup.

Son occupation était de crier tous les jours à la Bourse, durant plusieurs heures.

Rarement enrhumé, il n'a presque jamais mal de gorge.

Il a un peu maigri, mais sans perdre de ses forces.

Sa respiration n'est pas gênée et les repas, la marche, l'ascension d'un escalier ne déterminaient pas chez lui de dyspnée.

Le cœur fonctionne normalement. Les pouls radiaux sont absolument isochrones, et on ne trouve pas trace d'athérome artériel.

De même la force est égale dans les deux bras.

Les sens ne sont pas pervertis.

Les poumons sont sains et la poitrine à sa résonnance normale.

A l'examen laryngescospique, les cordes vocales sont intactes et la muqueuse laryngée en parfait état. Mais on constate l'absence complète de mouvement à gauche; de ce côté, la corde un peu rosée, légèrement concave et non rectiligne comme sa congénère, occupe une position intermédiaire à la phonation et à la respiration. Il existe évidemment une paralysie de tous les muscles de la moitié gauche de l'organe vocal.

L'on prescrit au malade de la strychnine à l'intérieur, sous la

forme de gouttes amères de Baumé, de l'Iodure de potassium et localement des badigeonnages iodés au devant du cou et de la poitrine, et l'application de courants faradiques. Le malade exécute ponctuellement nos prescriptions, mais trois mois après, il n'a éprouvé aucune amélioration ; alors découragé, il cesse tout traitement. Depuis cette époque nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Peut-être s'agissait-il dans ce cas d'un trouble nerveux central dont la paralysie de la corde vocale droite aurait été le premier symptôme ; ou d'une altération des fibres musculaires elles-mêmes, conséquence d'une fatigue exagérée de l'organe, mais dans ce cas comment expliquer une *paralysie unilatérale?* Peut-être enfin le récurrent droit était-il comprimé par une petite tumeur ganglionnaire située sur son trajet, sans qu'il existât de véritable adénopathie bronchique, comme dans le fait suivant, rapporté par le docteur Négrié devant la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (Séance du 15 mars 1881) :

OBSERVATION II (1).

Un enfant de dix mois, en travail de dentition, avait fréquemment des accès de spasme de la glotte. Il a succombé hier, devant moi, en trente ou quarante secondes.

Voici les pièces pathologiques : à gauche, rien ne comprime le pneumogastrique, le récurrent, ou les gros vaisseaux ; à droite, tout près de la sous-clavière, un ganglion rouge, gros comme une petite amande, comprime l'anse du récurrent sous la sous-clavière, et c'est à cette compression que je crois devoir attribuer les accès de suffocation et la mort du petit malade.

On voit que dans l'observation précédente, une cause relativement minime a produit des effets redoutables, dus évidemment à l'étroitesse de l'orifice glottique chez l'enfant ; ce fait nous paraît néanmoins digne de remarque, car une tumeur analogue située sur le trajet de l'un des récurrents d'un adulte, sans occasionner des accès de suffocation graves (spasmes), pourra devenir la source d'une paralysie unilatérale. On comprendra en outre, combien il sera difficile, pour ne pas dire impossible, de constater l'existence d'une

(1) Négrié. Communication à la Société d'anat. et de physiol. de Bordeaux. (Séance du 15 mars 1881).

tumeur aussi petite, et bien souvent située trop profondément pour pouvoir être reconnue pendant la vie.

OBSERVATION III

Le docteur Walter Whitehead pratiquait dernièrement à « Royal Manchester infirmary » l'excision de la thyroïde chez une femme de cinquante-un ans, atteinte depuis trente ans d'une petite tumeur du corps thyroïde. Il y a cinq ans, celle-ci aurait commencé à grossir, entraînant de la dypsnée et des suffocations. L'ablation eut lieu et fut suivie d'un écoulement de sang peu abondant. Il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique. Il y eut guérison, mais l'aphonie fut la conséquence de l'opération (1).

Si l'on veut bien se reporter à notre première observation, on se convaincra sans peine que la cause peut quelquefois passer inaperçue, du moins actuellement. En effet, si l'on a présent à l'esprit que chez cet homme, d'une santé florissante, les investigations les plus attentives ont été infructueuses, qu'il n'existait pas chez lui le moindre signe qui révélât la présence, dans les médiastins, d'un anévrysme ou d'une tumeur cancéreuse à laquelle devait faire songer l'existence de cette diathèse chez l'un des ascendants, on sera naturellement amené à écarter toute supposition concernant cet ordre de causes. Est-ce à dire que l'on doive absolument renoncer à l'idée d'une compression par tumeur? On n'ignore pas que l'adénopathie trachéo-bronchique, étudiée avec beaucoup de soin par Noël Gueneau de Mussy, et surtout par M. le docteur A. Baréty (2), en est une cause assez fréquente, en raison même des connexions multiples qui unissent la chaîne ganglionnaire trachéo-bronchique aux récurrents et aux pneumogastriques.

On sait, en effet, que le groupe ganglionnaire prétrachéo-

(1) Nous n'avons point rapporté d'exemple de paralysie due à une compression anévrysmale, ou d'origine manifestement syphilitique, désirant surtout appeler l'attention sur les cas dont le mode de production est rare ou difficile à reconnaître.

Le docteur G. Coupard a également publié tout dernièrement une observation de paralysie unilatérale, dont la cause immédiate n'a pu être déterminée. (*Revue mens. de laryng.* etc., nº 17. 1er décembre 1881).

(2) Baréty. *De l'adénopathie trachéo-bronchique.* Paris, 1875.

bronchique gauche (1), se trouve en rapport en dehors et un peu en arrière avec le tronc du pneumogastrique, et avec le récurrent dans la première partie de son trajet. Les rapports ne diffèrent pas pour le groupe prétrachéo-bronchique droit dont «le développement naturel et la facilité avec laquelle il s'altère » doivent éveiller l'attention. Ces deux groupes se continuent avec la chaîne ganglionnaire qui accompagne les récurrents. En outre, les ganglions mammaires internes ou rétro-sterno-claviculaires droits et gauches méritent d'être pris en considération; car leur dégénérescence, au même titre que celle des groupes précédents, a fréquemment été signalée par les auteurs comme susceptible d'entraîner l'altération et même la destruction des organes qui leur sont contigus.

Néanmoins, nos recherches dirigées dans ce sens sont restées jusqu'à ce jour négatives. Car notre malade n'a point éprouvé la douleur localisée qui existe en pareil cas ; chez lui, le doigt explorateur n'a pas senti rouler de ganglions rétro-sternaux ou trachéaux latéraux; la palpation des régions sternale supérieure et interscapulaire n'a pas fait percevoir une exagération des vibrations indiquant une hypertrophie ganglionnaire, pas plus que la percussion n'a révélé une matité anormale en ces différents points; il n'existait pas chez lui la dyspnée qui est habituelle en cette circonstance, pas de quintes de toux coqueluchoïde qui surviennent principalement la nuit et entraînent souvent les vomissements à leur suite. Telles sont les raisons qui doivent suffire pour nous faire abandonner l'idée d'une compression ganglionnaire. Mais ici, nous devons exprimer une réserve : il n'est pas impossible qu'une hypertrophie commençante ou peu marquée de certains ganglions, situés profondément, et par le fait même inaccessibles à notre exploration, puisse engendrer cette paralysie. Le cas (Obs. II) rapporté par M. le docteur Négrié justifie cette restriction, et doit nous mettre en garde contre les erreurs de diagnostic. Aussi engageons-nous dans les cas analogues à celui qui fait l'objet de cette étude (Obs. I), à surveiller de près le malade, afin d'être toujours prêt à combattre la cause, si elle vient enfin à

(1) Pour des détails, voir le travail de M. Baréty, *loc. cit.*

déceler son existence. Nous avons cru qu'il y avait quelque intérêt à insister sur ce point précisément à cause de la marche parfois insidieuse qu'affecte et parfois l'adénopathie trachéo-bronchique.

(*A suivre.*) A. Ducau.

Fibro-sarcome implanté sur la région crico-aryténoïdienne droite postérieure. — Extraction avec l'anse galvanique. — Guérison.

Par G. Coupard.

Jean B., du département des Deux-Sèvres, âgé de trente-huit ans, se présente, le lundi 21 juin 1880, *à la clinique du* Dr Ch. Fauvel, envoyé par son compatriote le Dr Barré, médecin à Paris.

Grand, osseux, très maigre, à figure pâle, légèrement jaunâtre, il attire immédiatement l'attention sur lui par le cornage qu'il fait entendre.

Une personne l'accompagne pour le soutenir.

« Je suis malade depuis dix mois environ, nous dit-il, mais depuis un mois, la maladie a fait de terribles progrès, et maintenant je ne puis plus respirer, ni manger, ni boire. Le tapioca seul m'est permis, et encore suis-je obligé de prendre de très grandes précautions pour ne pas le rendre par le nez, ou l'avaler de travers. »

Les gencives, le voile du palais sont d'une pâleur extrême. Rien aux amygdales ; granulations et sécrétion catarrhale légère au pharynx.

Examen laryngoscopique. — Épiglotte pâle ; les bords sont ramenés en avant. Une énorme tumeur obstrue tout l'infundibulum laryngien. Elle semble s'insérer sur la partie supérieure des cartilages aryténoïdes, un peu plus élevée à droite. Elle offre à la vue deux segments, le plus élevé à droite, l'inférieur à gauche. Ses bords libres sont invisibles. La voix est à peine modifiée.

Au toucher, elle donne la sensation d'un corps dur rénitent, bosselée, sans délimitations possibles.

Avant d'entreprendre toute tentative d'arrachement, de

cautérisation, la trachéotomie préventive est nécessaire. Elle est faite le lendemain.

Peu de fièvre. La respiration se fait bien. Aucun changement dans la déglutition.

Tout danger d'asphyxie ayant disparu, nous laissons au malade un repos de quelques jours.

Antécédents morbides et héréditaires. — Les renseignements qu'il nous fournit sur ses antécédents sont intéressants à plus d'un titre. Ils nous instruisent d'abord sur la durée de l'envahissement, puis sur le lieu d'élection de la tumeur au début.

Signalons, en passant, la rougeole et un accès de rhumatisme articulaire aigu dont il fut atteint vers la onzième année. Il fait remonter au mois d'août 1879 l'affection dont il est atteint.

Il ressent d'abord un peu d'irritation dans la gorge. Il éprouve une gêne légère pendant la déglutition. Un léger chatouillement pharyngien occasionne une toux peu forte, mais fréquemment répétée.

Il se plaint seulement aux personnes qui l'entourent. Au commencement de septembre, il fait l'ouverture de la chasse, et, sous l'influence de cet exercice violent, le mal de gorge semble offrir une légère rémission. Les mêmes sensations existent, mais à un moindre degré, et le malade ne se préoccupe plus de son affection.

Cette rémission dure jusqu'en février 1880, époque à laquellle le mal reparaît avec une plus grande intensité.

Il consulte le médecin de son pays, qui ne voit dans sa gorge qu'une pharyngite granuleuse catarrhale.

A quelques jours de là, le malade est pris d'une fièvre assez intense ; il reste au lit un jour seulement, et le lendemain, vaquant à ses occupations sous l'influence d'un refroidissement, la gêne de la gorge augmente encore.

La déglutition devient très difficile, il ne plus avaler que des potages épais et les liquides ; les autres aliments reviennent par le nez ou sont rejetés de la bouche avec de violents efforts. Une grande sécheresse de la gorge augmente encore sa gêne.

Le malade évite le froid, mais ne fait aucun traitement.

Avec des intermittences de mieux et de plus mal, nous arrivons en Mai.

A cette époque, la gêne de la déglutition arrive à son maximum d'intensité. La douleur n'a pas varié, mais la respiration qui avait toujours été libre, commence à ne plus se faire aussi bien lorsque le malade fait le moindre mouvement.

Vers le 15 mai, il n'avale plus que des potages épais ; les liquides refluent par le nez. Le 3 juin, toujours dans le même état, le malade s'inquiète et va consulter le docteur Barré, frère de notre distingué confrère de Paris, qui le voit pour la première fois et l'engage à consulter un spécialiste.

Mais la vertu curative des eaux Sulfureuses le séduit, il part pour Cauteret.

« Dans les dix ou douze jours du traitement que j'ai suivi, nous dit le malade, je n'ai ressenti aucun bien ; au contraire, j'ai commencé à me sentir bien plus oppressé. »

Aucun antécédent morbide dans sa famille. Il est marié, père de deux enfants qui se portent très bien. Lui-même avait toujours joui auparavant d'une excellente santé, il était fort, robuste, se livrait avec passion à l'exercice violent de la chasse, sans jamais éprouver aucune fatigue.

27 juin. — Le malade revient à la Clinique. La plaie de la trachéotomie va bien, il respire librement.

Après un nouvel examen de la tumeur, qui n'a subi aucune modification, le Dr Fauvel cherche à la saisir avec de grosses pinces à polypes, dont les mords glissent sur la tumeur, sans qu'il soit possible de la saisir. Décidé alors à pratiquer l'ablation du néoplasme avec l'anse galvanique, le docteur Barré, qui assiste le docteur Fauvel, dirige l'anse de platine d'un galvano-cautère le long de son index, arrive sur la tumeur que le docteur Fauvel cherche à relever avec ses pinces. L'anse est resserrée, puis l'on fait passer le courant.

Le fil trop mince n'a pu résister : il se fond.

L'examen laryngoscopique montre un morceau de la tumeur presque détaché. L'opérateur le saisit avec ses mêmes pinces et le retire.

Durant cette opération, le malade n'a pas éprouvé une trop vive douleur.

La tumeur enlevée est de la grosseur d'une fève de la forme d'une grosse amande ; très peu de sang. — L'examen devenu plus difficile, par suite des efforts de vomissements, est remis au surlendemain.

Mercredi 30. — Attouchement de la tumeur avec la pointe d'un galvano-cautère.

Le lendemain, même opération. L'épiglotte est légèrement gonflée du côté droit et un peu rouge.

Le malade avale mieux les liquides.

5 *juillet*. — En présence du peu de résultat obtenu par les cautérisations ponctuées, les docteurs Fauvel et Barré posent sur la tumeur une nouvelle anse plus forte que la première, montée sur un appareil à cran fait par M. Ch. Dubois. — En comptant le nombre d'échappements, il est facile de calculer la grandeur de l'anse.

La tumeur saisie dans l'anse resserrée est bientôt coupée, et le malade en rejette immédiatement la partie détachée.

Son diamètre bilatéral est de 5 centimètres, son épaisseur de 4 ; elle est aplatie sur ses bords, et son épaisseur la plus considérable, située à environ 1 centimètre de sa section, est de 18 millimètres.

Examinée au microscope, elle est formée de tissu fibreux contenant des cellule embryonnaires à noyaux multiples ; mais ces cellules sont peu nombreuses.

Un nouvel examen laryngoscopique montre encore une portion de la tumeur sur le cartilage aryténoïde droit, avec enfoncement dans l'infundibulum laryngien ; mais l'épiglotte, plus grosse et plus rouge, est revenue sur elle-même.

Quatre jours après, nouvelle tentative d'arrachement. Après avoir pris la tumeur entre l'anse de platine et avoir serré la vis le plus possible, les tentatives d'arrachement restent sans résultat.

L'examen laryngoscopique montre la tumeur étranglée.

Le docteur Fauvel tourne le fil sur lui-même, le sort de l'appareil et le laisse en place. Le malade revient le lendemain, et la tumeur est extraite sans aucune difficulté.

Le pédicule est complètement enlevé. On aperçoit sur la région crico-ariténoïdienne droite une surface ronde de 2 centimètres de diamètre, d'un gris boueux, légèrement granuleuse. L'épiglotte a la même forme ; on voit les cordes vocales supérieures gonflées, rouges, et vers la région aryténoïdienne, existe une petite ouverture glottique.

Le lendemain et les jours suivants, nous revoyons le malade. Il boit facilement, commence à déglutir quelques aliments demi-solides et reprend quelques couleurs.

Il part le 19 août.

Un an après, le malade revient à Paris. Sa santé est excellente. Il a repris ses habitudes d'autrefois et n'éprouve plus aucune gêne dans les fonctions respiratoires et de déglutition.

L'ouverture trachéale est complétement fermée.

L'examen laryngoscopique montre un larynx absolument normal.

Ce fait nous a paru assez intéressant pour mériter d'être publié ; nous n'en sommes plus aujourd'hui à démontrer l'utilité du miroir laryngien pour faire le diagnostic et le traitement des affections de l'organe vocal. Depuis longtemps la méthode intra-laryngée a détrôné les anciens procédés d'extraction des tumeurs du larynx par les voies externes, procédés que l'on pourrait avec juste raison, considérer aujourd'hui comme barbares et dangereux; aussi n'est-ce point dans ce but que nous avons rapporté l'observation que l'on vient de lire. Le volume énorme de la tumeur enlevée, et le moyen d'extraction employé (anse galvanique) nous ont surtout poussé à publier ce fait. En effet, le galvano-cautère, encore peu employé dans le traitement des affections de l'organe vocal, nous paraît appelé à rendre de véritables services, lorsqu'il s'agira d'enlever des tumeurs sus ou extra-glottiques, comme dans l'observation précédente. Remarquons aussi, en passant, que les fibro-sarcomes du larynx, opérés par les voies naturelles et guéris, sont encore assez rares pour ne pas être passés sous silence lorsque l'on a l'occasion d'observer quelques exemples de ce genre.

G. Coupard.

Otologie

Pathologie et Thérapeutique générales de l'oreille, Diagnostic,

Par le Dr J. BARATOUX (1).

Examen de la fonction auditive.

Garrigou-Desarènes se sert d'un diapason dont une des branches porte un petit marteau qui se meut au moyen d'un ressort.

(1) Voir le nº 1, 1882.

On a aussi taché d'employer d'autres instruments que des diapasons : ainsi, Wolken, pour rechercher le degré de la sensibilité auditive, produisait le son au moyen d'un petit marteau métallique tombant d'une certaine hauteur sur une plaque sonore. Itard imita cet instrument.

Politzer a fait construire un acoumètre qui consiste en un petit marteau venant frapper un cylindre d'acier, toujours accordé sur le même ton.

Mais tous ces instruments ont l'inconvénient de ne donner qu'un son unique. Aussi a-t-on cherché depuis longtemps un appareil répondant à des conditions plus variées.

Méthode de Kessel. — Kessel a pensé qu'un bon acoumètre devait remplir les conditions suivantes :

1° Donner une échelle de sons égale à celle des sons de la voie humaine, c'est-à-dire comprendre 8 octaves, de 16 à 4,324 vibrations.

2° Permettre l'examen de l'ouïe aussi bien par la voie aérienne que par la voie crânienne.

3° Les sons de l'appareil doivent avoir une intensité à peu près égale à celle de la voix humaine.

Aussi cet auteur a-t-il fait construire un instrument basé sur ces derniers : il a beaucoup d'analogie avec les boîtes à musique. Il consiste en un cylindre tournant, garni de pointes qui viennent accrocher de petites languettes métalliques qui donnent les sons d'une échelle de six octaves. Un indicateur, fixé à la boîte, donne la hauteur du ton que l'on veut employer.

La transmission aérienne du son à l'oreille se fait au moyen d'un tube de caoutchouc entouré de corps mauvais conducteurs du son; la transmission crânienne a lieu par une baguette métallique allant du support des languettes à l'apophyse mastoïde.

Méthode de Blanchet. — Nous dirons seulement que ce médecin recommande trois classes d'instruments : piano, orgue, diapason, répondant chacun à une des conditions suivantes : son varié, mais de durée limitée (piano) : son varié, mais de durée illimitée (orgue) ; son fixe, mais dont l'intensité est variable (diapason).

Méthode de Blacke. — Blacke ne calcule pas la mesure de l'acuité auditive, il recherche seulement la part qui

revient dans l'exercice de cette fonction, soit à l'appareil de réception, soit à l'appareil de transmission.

Il emploie une série de verges vibrantes, de König, donnant de 27,000 à 100,000 vibrations. Il se base sur ce fait que, plus l'oreille moyenne est lésée, plus est difficile la transmission du son à travers cet organe. D'après ses expériences, une oreille normale entend un son de 40,000 vibrations à trois pas de distance des verges.

S'il y a élévation ou abaissement de l'ouïe pour les sons élevés, il y a aussi augmentation ou diminution de l'obstacle apporté par le crâne à la transmission, la force de perception du labyrinthe restant la même.

Méthode de Wolf. — WOLF ayant étudié les caractères de la voix humaine, a voulu s'en servir pour le diagnostic des troubles de l'audition. Il a établi une échelle de perception dont la lettre H occuperait la base, et la lettre A le sommet. Entre H et A seraient les lettres suivantes : P et B, T et D, K, F, G, S, Sch, Ou, Au, Eu, I, E, Ai et Ei, O, enfin, A.

Se plaçant toujours dans les mêmes conditions, il prononce les lettres en commençant par le haut de l'échelle, et ne s'arrête que lorsque le malade ne perçoit plus aucune lettre. Quand on emploie cette méthode, il faut parler d'une voix lente et de hauteur moyenne, car dans la voix haute, la tonalité des voyelles s'élève beaucoup plus que celle des consonnes, et rend le langage moins compréhensible.

Méthode de Luccae. — LUCCAE, pour essayer de remédier au reproche adressé à la voix humaine de ne pas toujours être identique à elle-même, a construit un appareil auquel il a donné le nom de « *Maximal phonometer* » il est destiné à mesurer la force du courant d'air expiré pendant l'émission de la voix, et à obtenir ainsi un son toujours égal en hauteur et en intensité. Cet appareil se compose d'un cornet de carton de 19 centimètres de long, et de 5 centimètres de diamètre; l'une des ouvertures est libre, elle est garnie d'un rebord en caoutchouc, qui permet de l'appliquer hermétiquement sur les lèvres; l'autre extrémité est fermée par une membrane de caoutchouc faiblement tendue. Sur le bord de cette membrane est une petite aiguille maintenue par un mécanisme qui lui permet de se dévier plus ou moins, sui-

vant qu'on parle plus ou moins fort. Grâce aux indications de l'aiguille, on peut régler sa voix, la graduer et la maintenir toujours dans les mêmes limites.

Méthode de Knapp. — KNAPP mesure l'acuité auditive sous sa triple qualité de percevoir : 1° les bruits ; 2° le ton musical ; 3° la voix humaine, mélangée de sons et de bruits.

Il mesure la première qualité par une sonnerie H, la seconde par le son d'une flûte VS, et la troisième par la voix humaine V.

En employant une même sonnerie, tous les médecins auristes pourront obtenir des résultats comparables ; pour représenter la faculté auditive PA, ils se serviront de la formule H.

$$H = \frac{10}{10}$$

10 mètres étant la distance à laquelle la sonnerie H est entendue.

Si cette sonnerie n'est entendue qu'à 5 mètres, PA sera représenté par

$$H = \frac{5}{10} = \frac{1}{2}$$

On se servira de formules analogues pour la flûte VS et pour la parole V.

Mais, outre que la plupart de ces appareils ne sont pas pratiques, ils ne donnent pas des renseignements certains sur la mesure de la fonction auditive.

Déjà, Helmholtz avait cherché à obtenir un son égal et persistant, en employant l'appareil qui porte le nom de diapason électro-magnétique.

Diapason électro-magnétique de Helmholtz. — C'est un diapason qui est fixé entre les branches de deux petits électro-aimants entourés de fils métalliques que parcourent un courant intermittent. Chaque fois que le courant passe, il aimante le fer doux qui attire les branches du diapason.

Cet instrument ne donne qu'un son unique, mais à la rigueur, on peut changer les diapasons et les remplacer par d'autres de tons différents.

Tels étaient les moyens que les otologistes avaient à leur disposition avant la récente découverte du téléphone et du microphone.

Ces nouveaux appareils ont été appliqués avec fruit à l'étude de la mesure de la fonction auditive, et nous devons dire qu'aujourd'hui nous possédons un moyen d'investigation qui se rapproche certainement plus de l'idéal que toutes les méthodes anciennes.

Nous allons décrire maintenant les diverses combinaisons que l'on a faites avec ces instruments, dans le but d'étudier la mesure de l'ouïe. J. Baratoux.

Appareil pneumothérapique pour le traitement des maladies des organes de la respiration (1).

Par le Dr Bayer.

L'appareil du docteur Bayer (de Bruxelles) répond à la catégorie des appareils dont le principe est basé sur l'expiration dans un milieu raréfié et l'inspiration de l'air comprimé. Cet appareil est le perfectionnement de celui des docteurs Finkler et Kochs, de Bonn. Il a l'avantage sur ce dernier et sur les autres appareils du même genre, de fonctionner au moyen d'un système de soupapes, qui permet de le faire marcher automatiquement sans être exposé à commettre des erreurs et sans avoir besoin d'un aide. La surveillance d'un médecin suffit. D'un autre côté, le médecin peut ainsi traiter dans son cabinet plusieurs malades en même temps. — L'appareil est en outre construit de façon à ce qu'on puisse faire, au moyen d'un ballon en caoutchouc, un mélange d'oxygène ou d'autres gaz avec l'air comprimé.

Tous ces avantages s'obtiennent sans que le maximum de la pression positive ou d'air comprimé, et celui de la pression négative ou d'air raréfié, soit inférieur à celui des autres appareils du même genre, au contraire, on atteint par un changement apporté au cylindre extérieur, une pression bien supérieure à celle de l'appareil primitif. Ainsi on peut obtenir une pression de deux centimètres cubes positive, et une pression de deux centimètres cubes négative.

(1) Cet appareil est construit par M. Léon Denis, fabricant d'instruments de chirurgie, 79, rue du Marché-aux-Herbes, Bruxelles.

Description de l'Appareil. — L'appareil est composé (fig. 1) d'un cylindre A extérieur simple, qui se termine en haut par une espèce de cuvette B retournée, dont le fond est perforé. Au bas du cylindre A, à la face extérieure de l'appareil se trouve l'extrémité de deux tuyaux *c*, *c'* qui passent par le fond du cylindre A, et s'élèvent verticalement dans son intérieur. Chaque bout de ces tuyaux *c*, *c'* porte à l'extérieur une soupape, dont l'une travaille en sens inverse de l'autre. Les deux soupapes sont mises en communication avec le masque pour le visage D, au moyen de tuyaux en caoutchouc et d'une pièce intermédiaire E. La pièce intermédiaire E est arrangée de manière à ce qu'on puisse la tenir à la main ou la fixer sur l'appareil. — Du côté gauche du cylindre A, à l'extrémité supérieure d'un tuyau en verre F, se trouve la marque du niveau, que l'eau doit atteindre dans l'intérieur du cylindre A. A droite du cylindre est fixée une barre de fer G, qui porte une poulie double, sur laquelle passent deux cordes destinées à faire monter et descendre un second cylindre H dans le premier. Ce second cylindre H se compose de deux compartiments cylindriques emboîtés, l'un périphérique, et l'autre central. Le compartiment périphérique sert à l'expiration dans l'air raréfié. C'est dans l'intérieur à gauche que se trouve le tuyau qui s'élève dans le premier cylindre.

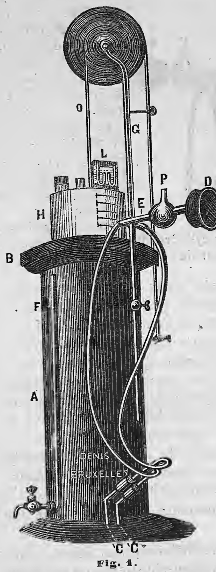


Fig. 1.

Sur le compartiment périphérique se trouvent trois ouvertures *i*, *j*, *k*, (fig. 2), une à gauche *i* destinée à une soupape s'ou-

vrant au dehors. C'est par là que s'échappe l'air expiré, quand le cylindre intérieur descend. La seconde ouverture *k* se trouve en arrière et sert à remplir l'appareil avec de l'eau. La troisième *j* est placée devant pour l'insertion du manomètre, qui indique le degré de pression négative de l'air raréfié.

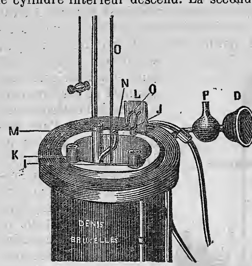


Fig. 2.

Une petite tablette de bois L s'y trouve également pour constater le degré des pressions positive et négative.

Le compartiment central est placé au milieu du cylindre intérieur, et comprend la moitié inférieure de la hauteur du compartiment périphérique.

Mode d'emploi. — Après avoir monté l'appareil, comme l'indique la description précédente et la figure ci-contre, on remplit l'appareil d'eau à moitié chaude, à moitié froide, jusqu'à la marque du niveau d'eau et alors :

1° Le malade se met la bouche et le nez dans le masque de manière à ce que son visage soit hermétiquement enfermé. Il fait une profonde expiration, pendant que l'on fait monter le cylindre intérieur en tirant la corde, ou en y ajoutant des contrepoids connus ;

2° Le malade fait une profonde inspiration, pendant que l'on fait descendre le cylindre intérieur en cessant la traction ou en ôtant les contrepoids.

Quand le cylindre est descendu entièrement, on recommence l'opération.

La pression que le cylindre intérieur seul exerce, correspond à peu près à un quatre-vingtième de pression atmosphérique. En chargeant le cylindre avec des poids ou en y ajoutant des contrepoids, on peut atteindre une pression plus que double, soit positive, soit négative.

Il va s'en dire que l'on reste libre de n'employer que

l'air comprimé ou l'air raréfié seul, sans imprimer aucune modification à la composition de l'appareil.

A une boule métallique à trois embouchures P qu'on intercale entre la pièce intermédiaire E et le masque, on insère le tuyau d'un ballon en caoutchouc rempli du gaz qu'on veut mêler à l'air comprimé. On ouvre, pendant le second acte de l'inspiration, la pince qui retient le gaz dans le ballon, et laisse échapper autant de gaz qu'on désire.

Quand on veut employer l'appareil comme spiromètre, on bouche la soupape à l'aide d'un manchon de caoutchouc. On fait dans le masque la plus profonde expiration possible. Le cylindre intérieur monte et reste fixé au point où il est arrivé par cette expiration. On lit sur le cylindre intérieur la capacité des poumons marquée en centimètres et décimètres cubes.

Revue Bibliographique.

Le furoncle de l'oreille et la furonculose

Par le Dr B. Lœwenberg (1).

M. le docteur Lœwenberg après avoir prouvé, par ses communications aux Congrès de Cork et de Reims, que les champignons de moisissure peuvent endommager et entraver la fonction d'un organe, se propose aujourd'hui d'étudier les micrococcus et autres schizophytes dont le pouvoir bien autrement redoutable, peut, dans certains cas, anéantir la vie même de l'individu.

I. *Rôle des microbes dans le furoncle et dans la furonculose.* — Le point de départ de ses études sur le rôle des microbes de l'oreille, a été la découverte de leur présence dans le furoncle du conduit auditif.

Au mois de mai 1880, paraissait en effet une note très intéressante de M. Pasteur, dans laquelle l'illustre savant déclarait avoir constaté la présence d'un microbe, ou micro-organisme aérobie, toujours le même, dans les furoncles de

(1) Delahaye et Lecrosnier, éditeurs. Paris, 1881.

diverses parties autres que les oreilles, chez cinq personnes, objet de ses recherches. En même temps. l'occasion s'offrait à M. Lœwenberg de contrôler cette découverte par des cultures artificielles faites avec du pus de furoncles auriculaires ou autres, non encore ouverts, et selon la méthode de MM. Pasteur et Cohn. Ces cultures, souvent répétées, ayant toujours produit un micrococcus d'aspect identique à celui découvert par M. Pasteur, ce fait a permis à M. Lœwenberg de supposer que l'origine du furoncle était le résultat de l'invasion d'un microbe spécial, entièrement développé ou bien à l'état de germe et provenant des grands milieux, de l'atmosphère et surtout des eaux. Cette provenance semble prouvée par ce fait que les furoncles envahissent, dans l'immense majorité des cas, les parties du corps exposées au libre accès de l'air et au contact journalier de l'eau. Il est également probable que la décomposition de certaines substances organiques, la pression barométrique, l'humidité de l'air, la direction des vents, l'organisation et l'état électrique de l'atmosphère, favorisent particulièrement la multiplication de ce micro-organisme.

Lorsque notre surface cutanée se trouve dans les conditions précédemment énoncées, l'épiderme et l'épithélium suffisent à la défendre contre l'approche des microphytes. Mais les ouvertures des follicules pilo-sébacés, des glandes sudoripares et cérumineuses laissent un vide, un vrai défaut de la cuirasse, dont l'accès se trouve encore facilité par l'existence d'un cheveu ou d'un poil, véritables *collecteurs* (Eberth) des microbes qui semblent avoir pour eux une prédilection marquée, prédilection qui a sa raison d'être dans l'*hygroscopicité* bien connue des cheveux, leur état graisseux et l'augmentation de surface qu'ils réalisent. Tous ces faits sont d'observation journalière.

Une fois parvenu dans le fond du follicule sébacé, le microbe a franchi la zone de résistance et se trouve dans le derme, terrain éminemment propre à son développement.

II. *Localisations différentes. — Fréquence du furoncle du conduit auditif.* — On sait que les furoncles siègent de préférence daus les régions journellement exposées à l'air et au contact de l'eau. Or, de toutes ces parties, aucune ne présente aux germes organiques apportés par ces milieux, des condi-

tions plus favorables de développement que le conduit auditif, dont la disposition, les nombreux poils, les glandes cérumineuses et la température (35° d'après Onimus), sont spécialement propices à la culture des microphytes. Au contraire, l'ouate et la glycérine leur en ferment l'entrée.

L'auteur signale, comme très hypothétique, le refroidissement ou coup d'air, comme cause occasionnelle du furoncle.

Chez la femme, le furoncle est plus souvent auriculaire que chez l'homme, parce que, chez elle, le conduit auditif est une des rares régions pourvues de poils.

Chez l'un et l'autre, le furoncle n'existe si rarement au cuir chevelu qu'en raison de l'épaisseur de ce dernier et des soins dont il est l'objet.

Le docteur Lœwenberg explique alors les *poussées successives* de furoncles chez le même individu par une théorie nouvelle, celle de l'*auto-contagion* ou auto-inoculation, c'est-à-dire par l'émigration des microbes dans le pus et leur immigration dans de nouveaux follicules. L'anthrax, par sa façon de procéder, semble encore donner raison à cette théorie.

Tels sont les faits sur lesquels l'auteur s'appuie à la fois pour expliquer l'auto-inoculation et combattre la théorie de M. Pasteur, qui attribue la dissémination des germes à leur transport par la *voie du sang*, dans lequel cependant ils sont incapables de se développer à l'état physiologique.

Mais il existe une *forme grave* du furoncle qui paraît impossible à comprendre, si on n'admet pas pour elle l'immigration du micrococcus dans le sang. L'auteur entend parler, non-seulement des cas d'anthrax, mais aussi de simples furoncles, siégeant habituellement à la figure, et surtout à la lèvre supérieure, ayant tous les symptômes d'une fièvre ataxo-adynamique, dans lesquels l'autopsie révèle une phlébite des veines faciales se propageant par la veine ophthalmique aux sinus de la dure-mère, de petits foyers purulents disséminés dans les tissus avoisinant le furoncle, dans l'intérieur des veines, soit des granulations graisseuses, soit une bouillie grisâtre ou rosée, soit couleur chocolat, etc. Il ne s'agit plus ici d'une simple phlébite par cause mécanique. Les observations de M. Reverdin et de Halpryn confirment encore cette manière de voir. D'autant plus, que la structure particulière des lèvres facilite l'irruption des micro-organismes dans le torrent circulatoire. Quant à leur présence dans le sang, de

simples expériences de culture trancheraient facilement la question.

III. *Les causes de la furonculose* citées par les auteurs, sont des plus disparates. Aussi le Dr Lœwenberg se borne-t-il à penser que, vraisemblablement, le développement des parasites spéciaux devient plus facile à mesure que l'économie affaiblie par un vice de la nutrition générale, oppose une résistance physico-chimique amoindrie aux germes venus soit de l'extérieur, soit de furoncles préexistants. De même les altérations de la sécrétion cutanée survenues surtout pendant l'albuminurie et le diabète ne sont pas étrangères à leur production. De là les abcès dans l'albuminurie et surtout dans le *diabète*. L'auteur se trouve ainsi amené à étudier les rapports de ce dernier avec la furonculose.

Deux hypothèses se présentent :

1° On peut invoquer d'abord les mauvaises conditions de vitalité générale qui désarmeraient l'organisme dans la lutte contre les micro-organismes.

2° Ne serait-ce pas le sucre lui-même dont il s'approprierait le carbonne qui favoriserait le développement du microbe spécial ? Si la culture de celui-ci dans l'eau sucrée a été négative, c'est que les conditions de culture ne sont pas identiques.

Quoi qu'il en soit, la présence du sucre dans les sécrétions retient les microbes dont il favorise l'éclosion.

Pour expliquer les rapports de la *menstruation* avec l'apparition des furoncles, l'auteur formule encore une hypothèse : il se pourrait qu'à l'époque menstruelle les conditions de nutrition de la peau du conduit, ou la nature de ses sécrétions fussent perverties au point de diminuer la résistance qu'oppose l'organisme en temps ordinaire au développement des *germes permanents* introduits dans les follicules ou les glandes, et permît ainsi la formation d'un ou de plusieurs furoncles.

IV. *Contagiosité du furoncle.* — La théorie de l'auto-contagion amène fatalement à la propagation d'individu à individu, c'est-à-dire à la contagion du furoncle. L'auteur en cite trois observations concluantes.

V. *Traitement.* — La nature parasitaire du furoncle étant

reconnue, une thérapeutique nouvelle en découle, et les anciens moyens de traitement, émollients, chaleur et humidité, doivent être abandonnés.

Mais il s'agissait de trouver un agent capable de tuer le microphyte, tout en n'irritant pas les organes sur lesquels il faut agir. Grâce aux recherches de M. J.-B. Dumas, nous possédons dans *l'acide borique* une substance qui remplit ce but de la façon la plus complète.

Voici la manière de l'utiliser. Après avoir anesthésié la partie malade, M. Lœwenberg incise le furoncle et applique immédiatement des fomentations avec la solution aqueuse d'acide borique saturée à froid, ou encore avec la solution alcoolique, parce que l'alcool lui-même est un excellent moyen de combattre l'action des microbes.

Dans plusieurs cas de furoncles naissants, de simples fomentations, sans incision préalable, ont arrêté le processus, peut-être par la pénétration du médicament dans le follicule où il va donner la mort au parasite. Aussi l'auteur se propose-t-il, le cas échéant, d'injecter la solution dans le follicule même.

On pourrait encore faire usage de l'acide borique sous forme de poudre fine qui, dans le cas de furoncles ouverts, agirait comme réserve en se dissolvant peu à peu dans les liquides sécrétés. Ce serait même là, fait remarquer l'auteur, un pansement simple, idéal, susceptible d'être employé comme antiseptique, à l'instar des meilleures méthodes en usage en ce moment.

On sait aussi que la fer rouge a été très-vanté comme traitement de l'anthrax.

Mais il importe de ne pas confondre le furoncle et l'abcès du conduit auditif. On arrive à les distinguer surtout par les cultures.

Signalons enfin l'acide phénique que de Trœltsch emploie en badigeonnage.

D'un autre côté, pour s'opposer à l'auto-contagion, à la *furonculose*, l'auteur recommande en outre de pratiquer tous les jours des ablutions du corps entier avec une solution tiède d'acide borique. Ce moyen lui a pleinement réussi dans un cas.

Cependant, M. Lœwenberg ne se dissimule pas que des essais plus nombreux sont nécessaires pour décider de la va-

leur du traitement qu'il propose. Aussi fait-il appel à ceux de ses confrères que la pratique générale met à même d'observer plus fréquemment la furonculose, en les priant d'expérimenter sa méthode.

Un court appendice, dans lequel il fait remarquer que le furoncle étant très-fréquent dans l'armée, son traitement pourrait y être efficace, termine ce travail qui, comme on peut le voir, est tout à fait à l'ordre du jour. Aussi engageons-nous volontiers tous ceux, et ils sont nombreux, que l'inépuisable question des microbes intéresse, à lire cet intéressant opuscule, dans lequel ils trouveront des renseignements précieux et des faits savamment observés.

Le limaçon de l'ornithorynque à pied plat, comparé à celui des mammifères et des oiseaux.

Par le Dr Urban Pritchard.

M. D., F. R. C. S., chirurgien auriste à l'hôpital du « *King's college* » (1).

L'auteur, dans un savant mémoire qui prête peu à l'analyse, a pu, à l'aide de recherches minutieuses et souvent des plus difficiles, mener son œuvre à bonne fin, il pense :

1° Que bien que la forme générale du limaçon de l'ornithorynque ressemble à celle de l'oiseau (car il est presque rectiligne et d'un volume toujours le même dans toute sa longueur, au lieu d'être en spirale terminée en pointe), cependant sa disposition intérieure et sa structure histologique, sont sans contredit celle du type mammifère;

2° L'appareil acoustique des organes de Corti est loin d'être aussi étendu que chez les mammifères types, et les tissus microscopiques qui le composent ne sont pas aussi bien développés;

3° Le limaçon de *l'ornithorynque*, outre le labyrinthe membraneux qui existe également chez l'oiseau et non chez les mammifères ordinaires, possède une « *lagena* » (2). Par

(1) Extrait des *Philosophical transaction of the royal Society*, part. II, 1881.

(2) Sous le nom de « Lagena » (bouteille), les auteurs (Hasse, Paul Meyer, etc.), désignent le renflemment ampullaire qui termine la cochlée des oiseaux, et que l'on retrouve chez le monotréme.

conséquent, la présence de cette « lagena » peut être considérée comme un des nombreux traits d'union qui existent chez le monotrème, entre l'oiseau et le mammifère.

L'auteur ajoute que l'on doit cependant se rappeler que le limaçon de l'oiseau est pareil à celui des reptiles et des amphibies, et que par conséquent, la lagena est un véritable trait d'union, non-seulement entre le limaçon, des vertébrés des ordres supérieurs et inférieurs, mais entre celui des mammifères et des oiseaux.

A. D.

Revue de la Presse

Abcès du cervelet, pus dans la caisse du tympan. — Le Dr Macnaughton Jones montre à la Société Pathologique de Londres (South of Ireland Branch), un temporal sectionné au niveau de la caisse du tympan qui est remplie de pus. Le malade ayant succombé à un abcès du cervelet, à « Fever Hospital », avait depuis longtemps une otorrhée, qui s'était arrêtée dernièrement; on avait ensuite vu apparaître des mouvements convulsifs des muscles de la face, du bras et de la jambe du côté droit, et l'autopsie avait révélé la présence d'un vaste abcès cérébelleux ayant atteint la moelle. Les enveloppes du cerveau étaient congestionnées, mais l'os temporal était sain dans les parties avoisinantes. *(Brit. méd. journ.* 24 décembre 1881).

Des affections de l'oreille dans le cours du typhus et de la fièvre thyphoïde. — On a étudié avec soin, dit le docteur Laurence Turnbull, l'auteur de cet article, l'influence de la fièvre scarlatine sur la production des maladies d'oreille, mais on s'est peu occupé de la fièvre typhoïde.

Le nombre de cas observé est en effet beaucoup plus limité, et le traitement des vieilles maladies chroniques moins satisfaisant, mais on obtiendrait de bien meilleurs résultats, si au lieu de délaisser l'affection, on lui opposait un traitement rationnel pendant la convalescence même de la maladie, ou au moins aussitôt après la guérison complète.

Le docteur Hartmann (de Berlin), pendant une épidémie de fièvre typhoïde au « Moabit hôpital », en 1869, a pu examiner

l'oreille de 130 malades en convalescence de cette affection ; sur ces 130 malades, 42 avaient des affections de l'oreille que l'auteur put classer de la manière suivante :

Bouchons de cérumen	6
Gonflement du conduit et catarrhe de la caisse	14
Otite moyenne aiguë sans perforation du tympan	4
Otite aiguë avec perforation (des deux côtés, trois fois et d'un seul, six) accompagnée de périostite mastoïdienne chez deux malades et de périostite avec fongosité dans le conduit chez un seul sujet	9
Augmentation d'une surdité préexistante et de bourdonnements	3
Récidive d'une otorrhée ancienne	1
Bourdonnements sans lésions apparentes	2
Affections labyrinthiques	3
Total	42

La plupart de ces malades guérissent sous l'influence d'un traitement approprié.

Dans le cas où l'on a pu pratiquer l'autopsie des malades ayant succombé aux suites de la fièvre typhoïde, on a pu constater l'existence de lésions variables, telles que : le catarrhe et l'obstruction des trompes (Moos) ; la caisse remplie de sécrétion, le tympan injecté (Griesinger) ; le tympan perforé, le marteau et l'enclume disparus, les cellules mastoïdiennes macérées dans le pus ainsi que le facial, et les méninges altérées par propagation (Schwartze, Aze, Hoffmann) ; la parotide enflammée venant se vider dans le conduit auditif (Virchow, Hoffmann) ; l'oreille interne hypérémiée, au niveau du vestibule, du limaçon et des canaux semi-circulaires (Marcus, Politzer et Schwartze) ; des ecchymoses dans le vestibule et à la partie inférieure de la cochlée, sans lésion des canaux semi-circulaires, avec les mêmes lésions ecchymotiques dans la caisse et le conduit osseux (Politzer) ; enfin, on a trouvé le saccule et l'utricule infiltrés de petites cellules que l'on retrouvait encore dans la lame spirale (Moos) ; l'auteur termine son article par l'exposé de cinq cas de surdité consécutive à la fièvre typhoïde, observés dans sa pratique personnelle. (*The spécialist*, décembre 1881.)

Du traitement des affections inflammatoires de la gorge et des oreilles par l'application continue du froid. — M. le docteur Lennox-Browne pense que les avantages bien connus de l'appareil de Leiter, sont surtout incontestables lorsqu'on

applique ce dernier au voisinage des conduits aériens et de l'oreille ; car :

1° Les effets sont absolument locaux ;

2° La température est constante, les applications chaudes ne se refroidissant pas plus que celles qui sont froides ne se réchauffent ;

3° L'humidité, avec tous ses inconvénients, n'est point nécessaire, cependant si elle était indiquée, on pourrait l'obtenir à l'aide de cette méthode, et maintenir le liquide à la température voulue ;

4° L'appareil de Leiter est propre, léger et n'est point exposé à verser l'eau ;

5° La glace, parfois difficile à se procurer, n'est point nécessaire, car l'eau d'une pompe ordinaire est généralement assez froide ;

6° Enfin, il est bon d'ajouter que l'instrument est assez peu coûteux (contrairement à beaucoup d'autres nouveaux moyens thérapeutiques) pour que l'auteur n'hésite pas à le recommander, même après la courte expérience qu'il a pu en faire. (*The Specialist*, 1er décembre 1881).

Observations qui démontrent la valeur du laryngoscope comme moyen de diagnostic et de traitement. — par le Dr Douglas-Hemming. — *Observ.*, *I.* — M. S. quarante-sept ans, souffrait depuis huit ans d'une maladie de la poitrine, et depuis deux ans sa voix s'était altérée ; sans pratiquer l'examen de l'organe vocal, on le soigna pour une bronchite sans pouvoir améliorer la voix, aujourd'hui presque éteinte. La respiration était embarrassée, accompagnée de spasmes qui mettaient sa vie en danger, il avait une toux laryngée accompagnée parfois d'expectoration muco-purulente et d'un peu de sang, symptômes qui étaient plus en rapport avec une affection du larynx qu'une maladie des bronches ou des poumons. L'examen laryngoscopique révéla en effet au docteur Douglas, la présence d'une tumeur papillaire occupant la corde vocale gauche, faisant dans l'orifice glottique, une saillie assez considérable, et empêchant l'affrontement des rubans vocaux.

Le 3 juin, l'auteur enleva avec les pinces de Mackensie une grande partie du néoplasme en présence des docteurs Turner et Mohamed ; l'ablation fut suivie d'œdème de la glotte,

complication qui s'explique en partie par la présence de l'albumine dans les urines du malade.

Observ. II. — Le second fait est relatif à une femme de quarante-trois ans envoyée au docteur Douglas par son confrère M. Falls, le 4 mars 1881. La voix de la malade a disparu depuis un an environ à la suite d'une grave affection. Il n'existe aucun antécédent constitutionnel, la malade ne peut parler qu'à voix basse. La toux est rauque et intermittente; à l'examen, le pharynx et le larynx semblent normaux, mais pendant la phonation, les deux cordes n'arrivent pas à contact. Il s'agit évidemment ici d'une paralysie des muscles constricteurs. M. Douglas prescrit des inhalations stimulantes, et se propose d'employer l'électrisation directe si ce moyen n'a pas réussi. Le 25 avril, la malade est dans le même état; on fait alors trois séances successives d'électrisation, qui rendent la voix à la patiente, et le 12 mai, la voix était encore mieux timbrée que pendant les premiers jours qui ont suivi la guérison.

On pourrait encore rapporter d'autres cas qui démontreraient l'utilité du laryngoscope pour le diagnostic et surtout pour le traitement des affections laryngées, mais les deux observations précédentes suffisent bien pour remplir le but que se proposait M. Douglas-Hemming. (*The Specialist* 1er décembre 1881.)

Corps étrangers enclavés dans le larynx. — Un morceau d'os de lapin vint se loger dans le larynx d'un homme qui riait au moment d'avaler. Le Dr Wipham aperçut le corps du délit et parvint même à le saisir avec la pince, éclairé par le miroir laryngien, mais il ne put le déloger tellement il était bien enclavé. M. Homes fut alors obligé de pratiquer la trachéotomie et trois jours plus tard, après des essais infructueux d'extraction, faites par les lèvres de la plaie, on prolongea l'incision sur le cartilage thyroïde, et on put ainsi enlever le corps étranger, qui était un morceau d'os de lapin irrégulier, ressemblant, comme forme et comme volume, a la portion horizontale et à la moitié de la portion verticale de l'os palatin de l'homme. (*The specialist*, 1er décembre 1881.)

Polype naso-spharyngien volumineux chez un enfant. — Le Dr Wm. T. Kudlich présente à la « New-York Society of

Germans physicians» (Séance du 22 avril 1881), un polype fibreux enlevé de la paroi latérale du pharynx, chez un enfant de quatre ans. Le polype s'étendait dans les fosses nasales postérieures où il occasionnait un coryza purulent et déterminait des troubles constitutionnels et surtout de la dyspnée. La tumeur fut d'abord prise pour une amygdale hypertrophiée, mais dès que sa véritable nature fut reconnue, on se hâta de l'enlever et l'enfant put ainsi se rétablir. (New-York, *Méd. Rec.* 12 novembre 1881.)

Occlusion complète du côté gauche du nez. — Le Dr BRANDUS présente à la même Société (New-York Society of Germans physicians), une jeune fille qui vint le consulter pour une obstruction de la narine droite. Après avoir enlevé plusieurs polypes, il trouva une lame osseuse qui obstruait tout l'orifice et était située à environ 1 pouce 3/4 (43 millim.) des narines. La respiration nasale ne put se rétablir complètement que lorsque l'auteur eut perforé cette lame osseuse avec le galvano-cautère.

Luschka n'a décrit que deux cas de ce genre et qu'il considère comme étant habituellement congénitaux. (New-York. *Méd. Rec.*, 12 novembre 1881.)

Ouvrages déposés au bureau du journal.

De la présence et du rôle de coco-bacteries dans l'otorrhée et des indications thérapeutiques à déduire de leur présence (untersuchungen über auftreten und bedeutung von coco-bacterien bei eitrigem ohrenflusse, und über dre durch ihre gegen wart bedingten thérapeutischen indicationen), par le Dr B. LOWENBERG. — Wiesbaden Bergmann, 1881. (Sera analysé.)

Considérations générales et pratiques sur l'état de la médecine en l'an de grâce 1881 par le Dr DESJARDIN. — Paris. Berthier éditeur 1882.

Guide dans l'examen microscopique des tissus animaux par le professeur Exner, traduit de l'allemand par le Dr F. SCHIFFERS. — Paris, A. Delahaye, éditeur.

Considérations sur le pronostic et le traitement de l'otorrhée, par le Dr F. SCHIFFERS. — Liège, Vaillant, Carmame, 1880. (Sera analysé.)

Voulant répondre au désir d'un grand nombre de nos abonnés, nous avons résolu de publier à la fin de chaque année (au mois de décembre) un numéro avec supplément, contenant un résumé des principaux travaux ayant

paru dans l'année, soit en France, soit à l'Etranger et qui n'auront pas été déjà analysés.

Nous espérons que les auteurs voudront bien nous rendre cette tâche facile en nous adressant leurs mémoires, ou les numéros des journaux dans lesquels auront paru leurs articles.

Nous remercions MM. les Drs Bayer et J. Baratoux d'avoir bien voulu se charger de résumer les ouvrages, ou articles publiés en Allemand.

La Rédaction.

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.